

Niina Koskinen

HOITAJILLE SUUNNATUN PAINEHAAVOJEN EHKÄISYN JA
HOIDON KOULUTUKSEN ARVIOINTI

Hoitotyön koulutusohjelma
2015

HOITAJILLE SUUNNATUN PAINEHAAVOJEN EHKÄISYN JA HOIDON KOULUTUKSEN ARVIOINTI

Koskinen, Niina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2015
Ohjaaja: Hytönen, Elsa
Sivumäärä: 40
Liitteitä: 1

Asiasanat: painehaava, hoitaja, täydennyskoulutus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida hoitajille suunnatun painehaavojen ehkäisy- ja hoidon koulutusta. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, vastasiko koulutus hoitajien tarpeita ja millaista lisäkoulutuksen tarvetta aiheeseen liittyen vielä on. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin kanssa. Kohderyhmäksi valikoitui viisi konservatiivisen hoidon toimialueen vuodeosastoa, joiden hoitajia oli käynyt painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvän koulutuksen.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastasi 41 sairaan- tai lähihoitajaa. Vastausprosentti oli 34 %. Kyselyn tulokset analysoitiin käyttäen Tixel- tietokoneohjelmaa kvantitatiivisten kysymysten osalta ja kvalitatiivisten kysymysten analysointiin käytettiin sisällön analyysia.

Tutkimuksen tuloksista saatiin selville, että hoitajat olivat melko tyytyväisiä saamaansa koulutukseen. Koulutukseen toivottiin kuitenkin enemmän aikaa ja sitä toivottiin järjestettävän erillisinä koulutuspäivinä. Lisää tietoa kaivattiin erityisesti painehaavojen paikallisesta hoidosta ja ravitsemuksesta painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa. Tietoa haluttiin lisää myös siitä kuinka tulisi toimia painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi.

Jatkotutkimuksina voisi tehdä samankaltaisen tutkimuksen esimerkiksi Satakunnan keskussairaalassa operatiivisen toimialueen osastoille. Tutkimusta voisi myös kehittää niin, että sen avulla voisi selvittää millaista koulutusta painehaavoihin liittyen kaivattaisiin niin sanotuissa jatkohoitopaikoissa, kuten esimerkiksi terveyskeskuksissa, palvelutaloissa ja vanhainkodeissa. Lisäksi voisi myös tarkemmin tutkia sitä millainen on hyvä ja laadukas täydennyskoulutus.

THE EVALUATION OF THE EDUCATION ABOUT PREVENTION AND CARE OF THE PRESSURE ULCERS FOR NURSES

Koskinen, Niina
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing
March 2015
Supervisor: Hytönen, Elsa
Number of pages: 40
Appendices: 1

Keywords: pressure ulcer, nurse, updating education

The purpose of this thesis was to evaluate the education for nurses about prevention and care of pressure ulcers. The goal was to get information whether the education served the needs of the nurses and what kind of a need there is for more education around the substance. This thesis was made in co-operation with Satakunta hospital district. The target group of five inpatient wards in the operating range of conservative care was selected. All of the selected wards had nurses whom had participated the education about the prevention and care of pressure ulcers.

The data of this thesis was collected with questionnaires including both open and closed questions. The questionnaire was answered by 41 nurses and the response rate was 34 %. The data from the questionnaires was analyzed using a computer program Tixel with the quantitative questions and content analysis with the qualitative questions.

The results of the survey revealed, that nurses were quite happy with the education provided. The respondents wished for more time for the education and for it to be held in separate staff training days. More information was needed especially about local care of the pressure ulcers and about nutrition in preventing and in caring of the pressure ulcers. The respondents also wished for more information about how to work for prevention of pressure ulcers.

Further studies could be made for example in operative correcting range in Satakunta central hospital with same kind of survey. The survey could also be developed so that it would reveal, what kind of education is needed about the substance in the so called follow-up treatment places, like health centers, sheltered homes and retirement homes. Further studies could also be made about what is a good and high-quality updating education like.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	6
2.1	Painehaava	6
2.2	Painehaavan syntyyn vaikuttavat tekijät.....	7
2.3	Painehaavojen luokittelu.....	8
2.4	Painehaavojen ennaltaehkäisy	10
2.4.1	Riskin arvioiminen	10
2.4.2	Ihon hoito.....	12
2.4.3	Asentohoito.....	12
2.4.4	Apuvälineet.....	13
2.4.5	Ravitseminen	14
2.5	Painehaavan hoito	16
2.6	Sairaanhoitaja ja lähihoitaja	17
2.7	Täydennyskoulutus	18
2.8	Aikaisempia tutkimuksia	19
3	OPINNÄYTETÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ...	21
4	OPINNÄYTETÖN TOTEUTUS	21
4.1	Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat.....	21
4.2	Aineiston kerääminen ja analysointi	23
5	TULOKSET	25
5.1	Vastaajien taustatiedot	25
5.2	Hoitajien kokemuksia saamastaan painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvästä koulutuksesta.....	27
5.3	Hoitajien toiveita lisäkoulutusaiheiksi	30
5.4	Hoitajien toiveita koulutukseen liittyen	31
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	34
6.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	34
6.2	Tulosten tarkastelu ja yhteenveto.....	35
6.3	Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkotutkimuskysymykset.....	37
LÄHTEET.....		VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.
LIITTEET		

1 JOHDANTO

Suomessa painehaavoja esiintyy noin 5-25 %:lla potilaista erilaisissa terveydenhuollon yksiköissä. Esiintyvyys vaihtelee hoidettavien potilasryhmien mukaan. Vuosittain painehaavoja hoidetaan arviolta 55 000- 80 000 ja niiden hoitoon liittyvät kustannukset ovat noin 2-3 % terveydenhoidon kokonaismenoista. Melko suuri osa painehaavoista jää kuitenkin diagnosoimatta tai muita haavoja voidaan diagnosoida painehaavoiksi. Joissain tapauksissa painehaavan syntyminen voi olla jopa potilasvahinko. (Soppi 2010.)

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin kanssa. Satakunnan sairaanhoitopiirissä on hanke painehaavojen ehkäisemiseksi. Hankkeen tavoitteena on tutkia ja kehittää näyttöön perustuvia toimintamalleja, potilashoitoa ja hoitajien työskentelyä ja edistää näin hoidon laatua. Tavoitteena on ollut myös vahvistaa hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyyden ja hoitoon liittyvää osaamista. (Luotola 2013a.) Vuonna 2013 oli Satakunnan keskussairaalassa järjestetty painehaavojen ehkäisyyden ja hoitoon liittyvää koulutusta. Koulutusta järjestettiin 13 vuodeosastolla ja hoitajia koulutukseen osallistui yhteensä 287 hoitajaa. Koulutus järjestettiin haava-
hoitajan organisoimana pienryhmissä jokaisella osastolla erikseen. (Koivunen henkilökohtainen tiedonanto 18.12.2013.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida hoitajille suunnatun painehaavojen ehkäisyn ja hoidon koulutusta. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, vastasiko koulutuksen sisältö ja toteutus hoitajien tarpeita ja millaista lisäkoulutuksen tarvetta aiheeseen liittyen vielä on.

Asiasanat: painehaava, hoitaja, täydennyskoulutus

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Painehaava

Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto ja Yhdysvaltain kansallinen painehaava-asiantuntijaneuvosto ovat määritelleet painehaavan seuraavasti: *“Painehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla, ja sen aiheuttaja on paine tai paine ja venytys yhdessä.”* (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston [www-sivut](#).)

Painehaava syntyy, kun potilas istuu tai makaa kehon luisten ulokkeiden päällä pitkän ajan. Luisten ulokkeiden kohdalla iho ja sen alla olevat pehmytkudokset puristuvat alustaansa vasten painovoiman vuoksi. Kun ihon alla oleva pehmytkudos puristuu, siitä seuraa paineennousu. Kudokset kärsivät hapenpuutteesta eli iskemiasta, jos paine ylittää paikallisen kudoksen kapillaarien sulkeutumispaineen. Tästä seuraa, että iskemiasta kärsivä alue ei saa veren mukana tulevia ravintoaineita ja happea. Näin alueelle syntyy painehaava. Tällaisen tilan pitkittyessä iho ja kudokset voivat pahimmissa tapauksessa mennä kuolioon, eli nekroosiin. Kudosten iskemia, eli hapen puute, syntyy noin 2-6 tunnin ja nekroosi, eli kuolio, yli kuuden tunnin jatkuvasta paineesta. Nekroottiselle alueelle painehaava syntyy noin kahdessa viikossa. (Iivainen & Syväoja 2008, 522.)

Suomalaisen selvityksen mukaan painehaavoja esiintyy akuuttipotilasta 13 %:lla, pitkäaikaishoidossa olevista potilaista 16,5 %:lla ja tehostetussa kotihoidossa olevista 22,5 %:lla. Yleensä vastuu painehaavan arvioimisesta ja hoidosta jää jatkohoitoa järjestävälle paikalle, vaikka painehaavan syntymiseen johtavat tapahtumat voivat käynnistyä jo ensihoidossa, potilaan kuljetuksen aikana tai akuuttihoitopaikassa. Selvityksissä on havaittu, että tehohoitoon tulevista potilaista 3-5 %:lla on painehaava hoitoon tullessa ja hoidon aikana painehaava kehittyy 4-7 %:lle tehohoidon potilaista. Potilaspaikkojen ja potilaiden määrät suhteutettuna toisiinsa voidaan arvioida, että Suomessa vuosittain 55 000- 80 000 potilaalla on painehaava. Niiden on laskettu vastaavan 2-3 %:a kaikista terveydenhuollon menoista, eli noin 280–532 miljoonaa eu-

roa vuodessa. Näin ollen painehaavat löytyvät kymmenen eniten kustannuksia aiheuttavan sairausryhmän listalta. (Soppi 2014.)

2.2 Painehaavan syntyyn vaikuttavat tekijät

Kehon ja istuin- tai makuualustan välinen paine on suoraan verrannollinen ihmisen kehon painoon ja kääntäen verrannollinen istuin- tai makuualustan pinta-alaan. Kun ihminen istuu, yli kaksi kolmasosaa hänen kehonsa painosta kohdistuu pakaroiden seudulle, melko pienelle alueelle. Ihmisen maatessa makuualustaan kohdistuu pienempi paine kuin istuessa, sillä maatessa painetta jakava pinta-ala on paljon suurempi. Ihmisen ihon alla oleva kehon luinen tukiranka on epätasainen ja näin aiheuttaa istuin- tai makuualustaa vasten ollessaan epätasaisen paineen jakautumisen, jolloin kehon painehiiput sijoittuvat juuri luisten ulokkeiden kohdalle. (Hietanen & Juutilainen 2012, 301–302.)

Kehon luisia ulokkeita ja samalla tyypillisiä painehaavojen syntymispaikkoja ovat muun muassa takaraivo, nenä, korvat, olkapäät, lapaluut, kyynärpäät, kylkiluut, ristiselkä, suoliluiden harjanteet, lonkat, istuinkyhmyt, polvet, kantapäät, kehräsluut nilkoissa ja varpaat (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 747). Ulkoista painetta ja siitä seuraavaa painevauriota voivat aiheuttaa myös erilaiset kipsit, ortoosit, eli kehoa tukevat tai kehon asentoa korjaavat ulkoiset apuvälineet, drenit eli laskuputket, nenämahaletkut, sänkyjen päädyt ja laitojen reunat sekä pyörätuolien selkänojat ja jalkalaudat (Hietanen & Juutilainen 2012, 302).

”Mitä suurempi kitka ihon ja kontaktipinnan välillä on, sitä suuremmat tangentiaaliset voimat aiheutuvat siirtämisen aiheuttamasta liikkeestä” (Hietanen & Juutilainen 2012, 303). Tangentiaalisia voimia kohdistuu ihoon sekä ihonalaiskudokseen silloin, kun keho liikkuu tai sitä liikutetaan kontaktipinnalla sivusuuntaan. Kontaktipinta voi olla esimerkiksi sängyn patja tai istuinalusta. (Hietanen & Juutilainen 2012, 303.) Kun sängyssä makaavaa potilasta siirretään liu’uttamalla tai hinaamalla, ihon ja patjan välinen kitka jarruttaa liikettä jolloin iho hankautuu ja venyy (Iivanainen & Syväoja 2008, 522).

Pitkittynyt ihon kosteus johtaa helposti ihon vettymiseen, joka heikentää huomattavasti ihon suojaavaa pintarakennetta. Tämä voi johtaa haavaumien ja infektioiden syntyyn. Ihon kosteus myös lisää kitkaa, joka kasvattaa tangentiaalisten voimien vaurioittavaa vaikutusta. Haitallinen kosteus johtuu yleensä hikoilusta sekä haavaeritteestä. Myös virtsa ja uloste lisäävät ihon vaurioitumisen riskiä suuresti, etenkin potilailla, joilla on taipumusta inkontinenssiin, eli virtsan tai ulosteen karkailuun. (Hietanen & Juutilainen 2012, 303.)

Muita painehaavojen riskitekijöitä ovat muun muassa liikkumattomuus, ravitsemustilan häiriöt, ylipaino, heikentynyt verenkierto, krooniset sairaudet, runsas laihtuminen, nestehukka, ikääntyminen, ruumin lämmön lasku ja kuiva iho (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2007, 312; Hietanen & Juutilainen 2012, 304).

2.3 Painehaavojen luokittelu

Painehaavoja on luokiteltu monin erilaisin tavoin. Suositeltavin menetelmä on kuitenkin haavojen luokittelu sen syvyyden mukaan. Syvyyden mukaan luokiteltuna painehaavoja on neljää astetta/luokkaa. Lievimässä, eli ensimmäisessä luokassa iho on punoittava ja neljännessä, eli pahimmassa luokassa haava ulottuu jo luihin ja jän-teisiin asti. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 492.) Näiden luokkien lisäksi on muutamia painehaavatyyppejä, jotka ovat niin sanotusti luokittelemattomia (Suomen Haavanhoitoyhdistyksen [www-sivut](#) 2011a).

Ensimmäisessä luokassa iholla on eryteema, eli verisuonten laajenemisesta johtuva ihon punoitus, joka ei häviä muutettaessa asentoa ja paineen poistuttua (Iivanainen ym. 2010, 746). Luokassa yksi ihon pinta on kuitenkin ehjä, mutta siinä on eryteemaa, eli vaalenematonta punoitusta. Punoitus on yleensä paikallista ja useimmiten se sijaitsee luisen ulokkeen kohdalla. Punoittava alue voi olla kivulias, kiinteä tai pehmeä sekä ympäröivää kudosta lämpimämpi tai viileämpi. Tummapigmenttisessä ihossa luokkaa yksi voi olla vaikeaa havaita, mutta vaurioalueen väri saattaa erottua ympäröivästä kudoksesta. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston [www-sivut](#).) Tummaihoisilla ensimmäinen aste voi ilmentyä myös kudoksen kovettumisena (Iivanainen & Syväoja 2008, 522).

Luokassa kaksi vaurioalue ulottuu dermikseen, eli verinahkaan. Haava on avoin, sen pohja on vaaleanpunainen tai punainen, mutta siinä ei ole haavakatetta. Luokan kaksi haava saattaa joskus ilmetä ehjänä tai rikkoutuneena, kudoksen tai verensekaisen nesteen täyttämänä rakkulana. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston [www-sivut](#).) Joissain tapauksissa haava voi kliiniseltä kuvaltaan edustaa myös hiertymää (Iivanainen ym. 2001, 492).

Kolmannessa luokassa haava-alue läpäisee ihon kaikki kerrokset. Vaurioalueella voi olla näkyvissä subkutaaninen eli ihonalainen rasva sekä faskia eli lihaksen peitinkalvo, mutta luu, lihas tai jänne on peitossa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 522.) Tällaiseen haavaan voi syntyä haavakatetta, mutta kate ei kuitenkaan estä havainnoimasta haavan syvyyttä. Luokan kolme haavaan saattaa muodostua onkaloita ja taskumaisia kohtia. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston [www-sivut](#).)

Luokan neljä vaurioalue ulottuu koko ihon ja ihonalaiskudosten läpi, jolloin luu, lihas tai jänne paljastuu. Tämän luokan haavoissa esiintyy usein haavakatetta ja nekroosi, eli kuollutta kudosta. Haavoissa saattaa olla myös taskumaisia kohtia ja/tai onkaloita. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston [www-sivut](#).) Tässä luokassa haavan syvyys vaihtelee sen anatomisen sijainnin mukaan (Suomen Haavanhoitoyhdistyksen [www-sivut 2011a](#)).

On olemassa myös painehaavoja, jotka eivät sovi näiden luokitusten alle. Ne ovat niin sanotusti luokittelemattomia haavoja. Koko ihon tai kudoksen vaurio, jonka syvyyttä ei tiedetä, on yksi luokittelemattomista painehaavoista. Tällaisissa tapauksissa painehaavan syvyyttä ei tiedetä, koska haava on katteen tai nekroosin peitossa. Yleensä tällaiset haavat ovat luokkaa kolme tai neljä, mutta haavan syvyys selviää vasta kun kate tai nekroosi on poistettu kokonaan. (Suomen Haavanhoitoyhdistyksen [www-sivut 2011a](#).)

Luokittelemattomiin painehaavoihin kuuluu myös epäily syvien kudosten vauriosta. Tällainen näkyy iholla sinertävänä tai punaruskeana muutoksena tai veren täyttämänä rakkulana, iho on kuitenkin ehjä. Syynä on ihon alla olevan pehmytkudoksen joko paineen tai venymisen tai molempien aiheuttama vaurio. Usein ennen kuin vaurio

näkyvyydellä, kudoksen kivulias, kiinteä, kimmoisuutensa menettänyt ja se voi olla viileämpi tai lämpimämpi kuin ympärillä oleva kudos. Tämän tyyppisen haavan kehittyminen voi olla hyvin nopeaa ja se saattaa paljastaa allaan olevia kudokset ja verisuonia. (Hietanen & Juutilainen 2012, 311.)

2.4 Painehaavojen ennaltaehkäisy

Painehaavojen ehkäisyssä lähtökohtana on ymmärtää, että akuutti sairastuminen tai toiminta- ja liikuntakyvyn rajoittuminen lisäävät painehaavan syntymisen riskiä hyvin nopeasti (Soppi 2014). Ennaltaehkäisyä pidetään yleisesti kaikista tehokkaimpana keinona vaikuttaa painehaavojen syntyyn. Hoitotyön laatua pidetään myös tärkeänä tekijänä painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. (Joanna Briggs Institute 2008.) Ennaltaehkäisyyn on kiinnitettävä huomiota myös taloudellisesta näkökulmasta, sillä painehaavojen hoitoon kuluu miljoonia euroja vuodessa (Soppi 2010).

2.4.1 Riskin arvioiminen

Erityisessä riskissä saada painehaava ovat vuodepotilaat, jotka eivät pysty liikuttamaan itseään lainkaan vaan ovat riippuvaisia muiden suorittamasta asentohoidosta. Vaikeita sairauksia sairastavat ja iäkkäät ihmiset kuuluvat myös ryhmään, joilla on suurentunut riski saada painehaava. (Lumio 2012.) Myös hyvin laihat ja vastaavasti hyvin lihavat ihmiset kuuluvat vaaravyöhykkeeseen (Moberg 2005).

Paineesta aiheutuvien kudosvaurioiden eli painehaavojen ehkäisyssä ensimmäinen askel on määrittellä, kuinka suuri riski potilaalla on saada painehaava. Tähän tarkoitukseen on kehitetty erilaisia riskinarviointimittareita. Riskinarviointimittari on työkalu, joka antaa pisteet riskitekijöihin liittyvien muuttujien mukaan. (Joanna Briggs Institute 2008.) Riskinarviointi tulisikin tehdä 8-12 tunnin sisällä potilaan joutuessa sairaalaan ja ehkäisevät toimenpiteet tulisi aloittaa vuorokauden sisällä arvioinnin tekemisestä (Soppi 2010; Soppi 2014).

Painehaavariskin arvioimiseen on kehitelty erilaisia mittareita. Mittarit soveltuvat parhaiten aikuispotilaiden arviointiin sekä akuuttihoitossa että pitkäaikaishoidossakin. Mittareiden käyttö on kuitenkin vain osa riskin arvioimista, sillä mikään mittari ei voi ennustaa syntyykö potilaalle painehaava vai ei. Yleisesti mittareissa esiintyviä riskitekijöitä ovat potilaan liikuntakyky, ravitsemus, yleinen terveydentila, ihon kunto ja kosteus sekä kitka ja kudosten venyminen. Mittareiden pääpiirteenä on, että eri osiosta saadut pistemäärät lasketaan yhteen, jolloin saadaan summa, jota verrataan tulostaulukkoon, joka kertoo riskin suuruuden. (Hietanen & Juutilainen 2012, 312.)

Nortonin asteikko on vanhin käytetyistä riskimittareista, sillä se on kehitetty jo vuonna 1962. Mittarin osatekijät ovat: fyysinen kunto, henkinen tila, toiminta- ja liikuntakyky sekä inkontinenssi. Vuonna 1987 asteikkoon lisättiin ruoan ja juoman saanti sekä yleinen terveyden tila. Jokaisesta osiosta voi saada 1-4 pistettä, jolloin pienin pistemäärä on 7 ja maksimi 28. Mitä pienemmät pisteet asteikosta saa, sitä pienempi painehaavariski potilaalla on. (Hietanen & Juutilainen 2012, 313; Iivanainen ym. 2010, 746.)

Bradenin riskiluokitusmittari vuodelta 1988 on kansainvälisesti eniten testattu ja se on edelleenkin luotettavin mittari painehaavariskin arviointiin. Mittarissa on osioita kuusi, jotka ovat: tuntoaisti, kosteus, aktiivisuus, liikkuvuus, ravitsemus sekä kitka ja kudosten venyminen. Pisteitä kustakin osiosta voi saada 1-4, paitsi kitka ja kudosten venyminen-osiosta, jossa voi saada 1-3. Suurin pistemäärä on 23 ja pienin 6. Bradenin mittarissa pisteet menevät niin, että mitä pienemmät pisteet ovat, niin sitä suurempi riski potilaalla on. (Hietanen & Juutilainen 2012, 313.)

Muita painehaavariskimittareita ovat muun muassa Jackson ja Cubbin painehaavariskin arviointimittari, joka soveltuu tehohoitopotilaan riskin arvioimiseen parhaiten sekä Gosnellin ja Waterlow'n mittarit. Myös Suomessa vuonna 2009 on kehitelty riskimittari, SRS eli Shape Risk Scale. SRS:n kehittäjänä on ollut sisätautiopin dosentti Esa Soppi. (Hietanen & Juutilainen 2012, 318.)

2.4.2 Ihon hoito

Hyvästä hygieniasta huolehtiminen edistää ihon ehjänä pysymistä. Jokaisella kerralla kun ihoa hoidetaan, tulisi huomioida ja tarkistaa riskialttiit kohdat kehosta. Potilaille, joilla on suurentunut riski saada painehaava, suositellaan happamia pesuaineita. Peseytymisen jälkeen iho täytyy kuivata huolellisesti, sillä kostea iho hankautuu helposti ja se altistaa myös hautumille. Ihon pesemistä liikaa tulee välttää, koska silloin iholta poistetaan sen luontainen, suojaava tali- ja hikirauhasten eritteiden kerros. Kuivaa ihoa rasvataan perusvoiteella, sillä rasvaus suojaa ihoa kosteudelta. Liiallisella rasvauksella kuitenkin saadaan ihoon liikaa kosteutta, joka johtaa ihon vettymiseen. Rasvauksen yhteydessä voidaan tervettä ihoa hieroa pintaverenkierron vilkastuttamiseksi. Hygienian hoito korostuu erityisesti, jos potilas hikoilee runsaasti, kuumeilee tai hänellä on virtsa- tai ulosteinkontinenssia. (Iivanainen ym. 2001, 489.)

Usein painehaavan syntyä edistävät vuodevaatteiden ja vaatteiden materiaalit, jotka estävät kosteuden ja kuumuuden haihtumisen iholta. Potilailla, joilla on kohonnut riski saada painehaava kehoonsa, tulisi välttää keinokuituisten materiaalien käyttöä niin vaatteissa kuin vuodevaatteissakin. Kosteuden ja kuumuuden haihtumista voidaan edistää tuulettamalla potilashuonetta ja antamalla iholle ilmakylpyjä. Vuodepotilaan asennonvaihdon yhteydessä kiristetään ja tarvittaessa vaihdetaan lakanat, sillä niiden tulisi olla kuivat ja sileät painehaavojen ehkäisemiseksi. Pyörätuolissa istuvan potilaan vaatetuksen tulisi olla väljä ja hengittävä sekä istuinseudussa ei saisi olla paksuja saumoja painamassa. Myös kenkien tulisi olla riittävän suuret, jottei jalkojen turpoaminen aiheuta hankaumia ja painaumia. (Iivanainen ym. 2001, 489.)

2.4.3 Asentohoito

Asentohoito on suuressa roolissa painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Merkitys korostuu etenkin silloin kun potilaan käytössä on tavallinen sairaalavuoteen patja. Asentohoidon tarkoituksena on poistaa painetta niiltä alueilta, joihin sitä kohdistuu eniten. Kaikkein paras tulos asentohoidossa saavutetaan, kun potilas on vuoroin vatsallaan, selällään tai toisella kyljellään. (Iivanainen & Syväoja 2008, 527.)

Asentohoidon tavoitteena on myös potilaan toimintakyvyn säilyttäminen. Suositeltu asennon vaihteluväli on 2-4 tuntia, yöllä välit voivat olla pidempiä. Mikäli potilas ei kykene lainkaan liikuttamaan itseään, voidaan asentohoitoa toteuttaa tehostetusti, jolloin asennon vaihteluväli on 1-2 tuntia. Asentohoidon tavoitteena on painehaavojen ehkäisemisen ja toimintakyvyn säilyttämisen lisäksi ehkäistä kehon virheasentojen ja liikerajoitusten syntymistä. Kun asentoa vaihdellaan säännöllisesti ja paine vaihtuu tasaisesti, verenkierto vilkastuu ja kudosten turvotus laskee. Asentohoidossa käytetään runsaasti erilaisia tukityynyjä, joilla potilas saadaan tuettua hyvään asentoon. Asentoja voidaan muuttaa monin eri tavoin, mutta asentohoidossa on aina periaatteena, että asento noudattaa mahdollisimman hyvin kehon luonnollisia liikeratoja. (Anttila ym. 2007, 224.)

2.4.4 Apuvälineet

Liikuntakyvyltään heikon tai kokonaan liikuntarajoitteisen potilaan siirtämiseen on käytettävissä runsaasti apuvälineitä. Apuvälineitä käytetään, kun potilasta siirretään esimerkiksi sängystä pyörätuoliin ja toisin päin sekä sängystä suihkusängylle siirtämiseen. Näitä apuvälineitä ovat nostoliinat, siirtymis- ja liukulakanat, siirtovyöt, siirto- ja kääntöelineet sekä moottoroidut nosturit. Siirroissa on tärkeää, ettei potilaalle aiheudu ihovaurioita ja ettei hoitajalle tule liiallista fyysistä rasitusta. Lisäksi siirroissa huomioidaan aina potilaalla olevat voimavarat ja niitä käytetään niin paljon hyväksi kuin mahdollista. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 116–118.)

Pyörätuolia käyttävien potilaiden apuvälineenä on usein jonkinlainen istuintyyny. Tyynyä hankittaessa tulee huomioida tasapainoinen istuma-asento. Lisäksi tulee huomiota kiinnittää siihen kuinka aktiivinen liikkuja pyörätuolissa istuva potilas on. Mikäli pyörätuolia käyttää aktiivisesti liikkuva potilas, valitaan istuintyynyksi kevyt, muuta hyvin painoa ja painetta jakava tyyny, jolta on helppo siirtyä pois ja jota, on helppo kuljettaa mukana. Toiset pyörätuolin käyttäjät ovat passiivisempia liikkujia, jotka nostetaan tuoliin istumaan. Heille parempi vaihtoehto on hyvin paksu ja upottava istuintyyny, joka jakaa painetta mahdollisimman suurelle alueelle. (Iivanainen ym. 2001, 490; Hietanen & Juutilainen 2012, 325.)

Painehaavojen ehkäisyn ja hoidon tueksi on kehitelty erikoispatjoja. Tällaiset erikoispatjat ovat joko dynaamisia tai staattisia. Dynaamisissa patjoissa patjan sisällä on useita isoja tai pieniä ilmakehkoja, jotka täyttyvät ja tyhjenevät tietyin väliajoin. Kennot tyhjenevät joko niin, että toiset kennot täyttyvät tai niin, että ilma poistuu patjasta kokonaan. Kun kenno tyhjenee, paine poistuu siitä kohdasta kehoa missä kenno sijaitsee. Dynaamisia patjoja käytettäessä asennon vaihtoväli voi olla huomattavasti pidempi kuin staattista patjaa käytettäessä. Dynaamiset patjat soveltuvat parhaiten sellaisten potilaiden käyttöön, joilla painehaavariski on suuri tai erittäin suuri. (Iivanainen ym. 2010, 747.)

Staattiset patjat soveltuvat parhaiten sellaisten potilaiden käyttöön, joiden painehaavariski on melko pieni tai kohtalainen. Se soveltuu potilaille, jotka viettävät suurimman osan vuorokaudesta sängyssä sekä pystyvät vaihtamaan asentoa itse ja heidän ihonsa tunto on normaali tai lähes normaali. Staattisen patjan toimintaperiaatteena on, että se muotoutuu passiivisesti kehon muotoon painovoiman ja kehon tuottaman lämmön ansiosta. Näin ollen paino jakautuu laajemmalle alueella ja luisten ulokkeiden kohdalla painehuiput kevenevät. Passiivisella eli staattisella patjalla kehon pintaan kohdistuva paine on kuitenkin muuttumaton, ellei potilas liiku tai hänen asentoa muuteta hoitajien toimesta. (Hietanen & Juutilainen 2012, 321.)

2.4.5 Ravitseminen

Ravitseminen on olennainen osa painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa. Ihmisen keho tarvitsee kudosten uudismuodostukseen ja korjaamiseen hiilihydraatteja, rasvaa sekä proteiineja eli valkuaisaineita. Myös suojaravintoaineet eli kivennäis- ja hivenaineet sekä vitamiinit ovat tärkeitä. Elimistö alkaa käyttää omaa rasva- ja lihasvarastoaan energiana, mikäli ruuasta sitä ei tarpeeksi saada. Esimerkiksi aliravitun potilaan rasva- ja lihaskerros ohenevat ihon ja luun välistä, joka lisää kudoksen alttiutta paineen vaikutukselle. (Iivanainen ym. 2001, 491–492.)

Määrällisesti eniten ihminen tarvitsee proteiineja, koska keho tarvitsee sitä energian tuotannon lisäksi solujen rakentamiseen. Proteiinien tehtävänä on solujen rakentamisen lisäksi hormonien, entsyymien vasta-aineiden rakenneosana toimiminen sekä ha-

pen ja muiden aineiden kuljetus elimistössä. (Anttila ym. 2007, 232.) Nykyisten ravitsemussuositusten mukaan hiilihydraatit ovat edelleen ruokavalion keskeisin ravintoaine. Niitä tulisi saada ruoasta päivittäin 45–60 E% eli energiaprosenttia. Rasvaa tulisi syödä päivittäin 25–40 E% huomioiden rasvan laatu ja proteiineja 10–20 E%. Ikääntyneillä proteiinin saantisuositus on 15–20 E%. (Valtion ravitsemusneuvottelukunnan www-sivut 2015.)

Vitamiinit ovat orgaanisia aineita, jota ihmisen tulee saada ravinnosta, sillä keho ei pysty niitä itse valmistamaan. Vitamiinit jaetaan vesiliukoisiin, joihin kuuluvat kaikki eri B-vitamiinit sekä C-vitamiini ja rasvaliukoisiin, joihin kuuluvat A-, D-, E- ja K-vitamiini. Pääsääntöisesti vesiliukoisten vitamiinien suositeltavat saantimäärät ovat useita milligrammoja päivässä, sillä ne eivät varastoudu elimistöön, vaan niitä on saatava päivittäin. Rasvaliukoiset vitamiinit pystyvät jonkin verran varastoutumaan elimistöön, jolloin niiden päivittäiset saantisuositukset ovat muutamia mikrogrammoja. Painehaavojen parantumisessa erityisesti C-vitamiinin riittävällä saannilla on suuri merkitys. C-vitamiini osallistuu solujen rakentamiseen ja sitä tulisi saada vuorokaudessa 60 mg. (Lehtovaara 2015.) Myös A-vitamiinin on todettu vaikuttavan edullisesti painehaavojen paranemiseen, koska se edistää epitelisaatiota eli epiteeli-kerroksen muodostumista haavalle ja se myös säätelee kollageenisynteesiä (Iivanainen ym. 2001, 492).

Ihminen tarvitsee päivittäin vitamiinien lisäksi myös kivennäis- ja hivenaineita, joihin kuuluvat muun muassa kalsium, fosfori, jodi, kalium, magnesium, natrium, rauta, seleeni ja sinkki (Lehtovaara 2011). Erityisesti sinkki vaikuttaa yhdessä C-vitamiinin kanssa kollageenin muodostumiseen ja epitelisaatioon (Iivanainen ym. 2001, 491).

Tilanteissa, joissa ravitsemustila on puutteellinen ja päivittäinen ruokailu ei tuo kehoon tarpeeksi ravintoaineita, voi kyseeseen tulla täydennysravintovalmisteet. Markkinoilla on melko laaja valikoima erilaisia valmisteita, kuten mehuja, pirtelöitä, vannukkaita, marjakeittoja, suolaisia keittoja ja jauhemaisia täydennysravintovalmisteita, joita sekoitetaan tavallisen ruoan joukkoon. Joissakin tilanteissa voidaan joutua turvautumaan letkuravitsemukseen, jossa ravintoliuosta annetaan potilaalle nenän kautta tai vatsan peitteiden läpi mahaan asetettua letkua pitkin. Viimeisenä keinona on parenteraalinen ravitsemus, eli suonensisäinen ravitsemus, jota käytetään vain sellai-

sisä tilanteissa, joissa mikään muu keino ei toimi tai sovellu. Se on kuitenkin kallein ja komplikaatioherkin ravitsemuksen tehostamistapa. (Hietanen & Juutilainen 2012, 87–88.)

2.5 Painehaavan hoito

Painehaavan paikallisessa hoidossa lähtökohtana on puhdistaa haava, luoda haavalle optimaalinen paranemisympäristö, jossa on oikeanlainen lämpötila, sopiva kosteus ja pH- tasapaino sekä suojata haavaa kontaminaatiolta, eli tartunnalta. Haavan paranemisen kannalta sopivin lämpötila on kehon normaali lämpö eli noin 37°, sillä haavan jäähtyessä sen paraneminen hidastuu huomattavasti tai se voi jopa pysähtyä. Liika kosteus aiheuttaa haavan reunojen hautumisen, jolloin haava leviää ja suurenee, kun taas liiallinen kuivuminen hidastaa paranemista. (Käypä hoidon www-sivut 2014.) Oli kyseessä minkä luokan haava tahansa, tärkein hoitoperiaate on paineen poistaminen kokonaan asentohoidolla haavan alueelta, jotta estetään painehaavan paheneminen (Iivanainen & Syväoja 2008, 524).

Ensimmäisen luokan painehaava hoidettaessa tulee muistaa, ettei punoittavaa aluetta saa hieroa, jottei vaurio laajene entisestään. Kuivaa ihoa voidaan rasvata perusvoiteella kevyesti taputellen. Tarvittaessa ihoa suojataan hankautumiselta ja venymiseltä esimerkiksi haavakalvolla tai läpinäkyvällä, ohuella hoitolevyllä. Lisäksi ihoa tulee tarkkailla päivittäin. (Suomen verisuonikirurgisen yhdistyksen www-sivut 2015.)

Luokan kaksi painehaavan hoidossa ihoalue puhdistetaan keittosuolaliuoksella tai hanavedellä suihkuttamalla. Iho tulee suojata hankautumiselta, infektiolta ja kosteudelta. (Suomen verisuonikirurgisen yhdistyksen www-sivut 2015.) Liiallinen kosteus aiheuttaa haavan reunojen maseraatiota eli vettymistä. (Suomen Haavanhoitoyhdistyksen www-sivut 2011b). Haavaa hoidettaessa tulee olla erityisen tarkka ja hellävarainen, jotta paranemista häiritään mahdollisimman vähän. Haavan peittomateriaalit valitaan sen syvyyden ja erityyksen määrän mukaan. (Iivanainen & Syväoja 2008, 506.) Hyvä muistisääntö on, että kuivalle haavalle laitetaan kosteutta tuovat sidokset ja erittävälle haavalle kosteutta imevät haavasidokset (Käypä hoidon www-sivut 2014). Luokan kaksi haavalla saattaa olla rakkula tai rakkuloita. Niitä ei kuitenkaan

kannata puhkaista, sillä silloin bakteereille avautuu portti ihon sisälle. Haavanhoitoväli voi olla muutamia päiviä, mutta sitä tulee kuitenkin seurata huolellisesti, jotta pystytään havaitsemaan haavan mahdollinen syveneminen. (Suomen verisuonikirurgisen yhdistyksen www-sivut 2015.)

Kolmannen luokan haavan hoidossa hoitotuotteet valitaan myös syvyyden ja erityyppisen määrän mukaisesti. Tämän luokan haavoilla saattaa esiintyä katetta tai nekroosia, jolloin se tulee pehmittää ja poistaa mekaanisesti. Ensin haava huuhdellaan fysiologisella keittosuolaliuoksella tai suihkutetaan lämpimällä, juomakelpoisella vedellä. Sen jälkeen haavan pohjasta mekaanisesti poistetaan fibriinikate tai nekroosi, jonka väri vaihtelee sen kosteudesta riippuen. Yleensä fibriinikate on kellertävää/keltaista ja nekroosi mustaa/tumman ruskeaa. Mekaaninen puhdistus tarkoittaa, että kate tai nekroosi irrotetaan haavasta käyttäen pinsettejä, kyrettiä, saksia tai terävää veistä. Mekaaninen puhdistus on tehokas, mutta sitä tehdessä on tärkeää muistaa haavan puudutus ja kipulääkkeen antaminen potilaalle riittävän ajoissa. (Käypä hoidon www-sivut 2014; Suomen verisuonikirurgisen yhdistyksen www-sivut 2015.) Kolmannen luokan haavan hoidossa voidaan käyttää myös toukkahoitoa tai alipaineimuhoitoa, joiden tarve arvioidaan aina tapauskohtaisesti. Neljännen luokan haavanhoitoperiaatteet ovat lähes samat kuin luokassa kolme. Mahdollisesti näkyvissä oleva luu tai jänne tulee pitää kosteana. Luokkien kolme ja neljä haavat ovat usein niin laajoja ja syviä, etteivät ne parane ilman kirurgista hoitoa eli korjausleikkausta, jossa haava suljetaan lopullisesti kudostekniikalla. (Hietanen & Juutilainen 2012, 328–330; Suomen verisuonikirurgisen yhdistyksen www-sivut 2015.)

2.6 Sairaanhoitaja ja lähihoitaja

Sairaanhoitaja on henkilö, joka on suorittanut 210 opintopistettä sisältävän koulutuksen ammattikorkeakoulussa. Koulutus kestää 3,5 vuotta. Sairaanhoitajan päätehtäviin kuuluu edistää ja ylläpitää potilaiden/asiakkaiden terveyttä ja ehkäistä sekä hoitaa sairauksia. Sairaanhoitaja voi työskennellä sairaalassa, terveyskeskuksessa, hoitolaitoksessa, ambulanssissa, kotisairaanhoidossa tai jossain muussa sosiaali- ja terveysalan yrityksessä. (Opintoluotsin www-sivut.) Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu muun muassa väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, erilaisten sairauksien ehkäi-

seminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitajan tehtävä on tukea ja auttaa kaikenlaisia ihmisiä heidän erilaisissa elämäntilanteissa. (Suomen sairaanhoitajaliiton www-sivut 2015.) Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvat myös hoitotyön suunnittelu, toteutus ja vaikuttavuuden seuranta, lääkärin määräämän lääkehoidon suunnittelu ja toteutus sekä potilaan elintoimintojen tarkkailu ja erilaisten tutkimusten ja hoitotoimenpiteiden tekeminen, kuten esimerkiksi painehaavan hoito. (Ammattinetin www-sivut 2015.)

Lähihoitaja on henkilö, joka on suorittanut sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon ammatillista koulutusta antavasta oppilaitoksesta. Koulutus on sisältänyt 120 opintoviikkoa ja koulutus on suoritettu aikaisemmasta koulutuksesta riippuen 1-3 vuodessa. Lähihoitaja voi työskennellä valmistuttuaan esimerkiksi sairaalassa, terveyskeskuksessa, hoitolaitoksessa, päiväkodissa ja monessa muussa sosiaali- ja terveysalan palveluita tarjoavassa yrityksessä. (Opintoluotsin www-sivut.) Niin kuin sairaanhoitaja, myös lähihoitaja työskentelee päivittäin ihmisten kanssa tukien, auttaen, ohjaten ja hoitaen heitä kulttuuritaustasta tai elämäntilanteesta riippumatta. Lähihoitaja työskentelee työryhmän jäsenenä tai itsenäisesti yhdessä potilaan ja heidän omaistensa kanssa. (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Superin www-sivut 2015.)

Tässä opinnäytetyössä termillä hoitaja viitataan lähi- ja sairaanhoitajiin, jotka työskentelevät tutkimuksessa mukana olevilla osastoilla ja ovat vastanneet tutkimukseen liittyvään kyselyyn.

2.7 Täydennyskoulutus

Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt asetuksen sosiaali- ja terveysalan täydennyskoulutuksesta. *”Täydennyskoulutuksella tarkoitetaan tässä asetuksessa väestön terveystarpeisiin ja muuttuviin hoitokäytäntöihin pohjautuvaa sekä terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutustarpeen arviointiin perustuvaa suunnitelmallista koulutusta. Sen tarkoituksena on lisätä ja ylläpitää työntekijän ammattitaitoa ja osaamista sekä tukea terveydenhuollon toimintayksiköiden toimintaa ja sen kehittämistä terveyden edistämiseksi sekä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa.”* (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta

1194/2003, 1§.) Täydennyskoulutuksen täytyy perustua toimintayksikön suunnitelmaan ja sen sisällön on tuettava annettuja asetuksia ja tavoitteita. Opetusmenetelmien tulee soveltua koulutukseen ja olla kohderyhmälle sopivia. Täydennyskoulutuksen määrä vuosittain riippuu työntekijän koulutustasosta, toimenkuvasta, työn vaativuudesta ja ammatillisista kehitystarpeista. Koulutus on pyrittävä järjestämään niin, että siinä otetaan huomioon kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon toiminnallinen kokonaisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 1194/2003, 2-4§.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä velvoittaa ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoa ja perehtymään ammattitoimintaa koskeviin säännöksiin sekä määräyksiin. Laki myös velvoittaa työnantajaa luomaan sellaiset edellytykset, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan täydennyskoulutukseen, joka on ammatillisesti merkityksellinen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 18 §).

Painehaavojen ehkäisy ja hoito- koulutukseen, jota Satakunnan keskussairaalassa järjestettiin, kuului eri osa-alueita. Näitä olivat muun muassa: painehaava ja sen määrittely, painehaavan etiologia, painehaavojen syntymisen syyt, painehaavojen esiintyvyys, painehaavariskiä lisäävät tekijät, painehaavojen paraneminen, painehaavojen ehkäisy, riskiluokitusmittareita painehaavariskin arviointiin, asentohoito, apuvälineet, ihon hoito, ravitseminen ja painehaavan hoito. Koulutus oli osana osastotuntia ja oli kestoltaan noin tunnin mittainen. (Luotola 2013b.)

2.8 Aikaisempia tutkimuksia

Zulkowski, Ayello ja Wexler (2007, 34–38) ovat tutkineet, vaikuttaako haavanhoitoon erikoistuminen hoitajien tietotaitoihin. Kysely teetettiin 460 hoitajalla, joista osa työskenteli kaupungissa ja osa maaseudulla sijaitsevilla toimipisteissä. Kyselyssä oli mukana kolmenlaisia hoitajia: haavanhoitoon erikoistuneita, muuhun kuin haavanhoitoon erikoistuneita ja hoitajia, jotka eivät olleet erikoistuneet mitenkään. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että haavanhoitoon erikoistuneet hoitajat saivat oikein 89 % kysymyksistä, muuhun kuin haavanhoitoon erikoistuneet hoitajat saivat oikein 78 % ja erikoistumattomat hoitajat saivat oikein 76, 5 %. Tutkimuksen tuloksista voi-

tiin päätellä, että haavanhoitoon erikoistuminen ja kouluttautuminen vaikuttavat merkittävästi hoitajien tietotaitoon.

Wilbourn, Halfens ja Dassen (2009, 167–172) ovat tehneet tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli tutkia kuinka hyvin koulutuksessa käytetyn kirjallisuuden sisältö vastasi näyttöön perustuvaa tietoa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää mitä suosituksia voitiin antaa hoitotyötä opiskeleville ja kirjojen julkaisijoille. Tutkimus tehtiin soittamalla saksalaisiin hoitotyötä opettaviin kouluihin ja opettajia pyydettiin kertomaan mitä kirjoja he käyttivät opetuksessa useimmin. Kirjojen sisältöä verrattiin painehaavojen ehkäisyyn annettuihin standardeihin. Lisäksi opettajilta kysyttiin mitä lisämateriaalia he käyttivät luentojen valmisteluun. Tutkimuksessa saatiin selville, että ainoastaan yksi neljästä analysoidusta kirjasta vastasi annettuja standardeja, muut kolme kirjaa oli tiedoiltaan puutteellisia.

Ayello, Baranoski ja Salati (2005, 268–275) ovat tehneet tutkimuksen hoitajien tietämyksestä haavanhoidosta. Tutkimukseen osallistui 692 hoitajaa. Tulokset osoittivat, että yleisesti hoitajilla on hyvä tietämys haavanhoidosta ja heidän tietämyksensä kasvaa iän ja kokemuksen myötä. Tutkimuksen perusteella nuoret ja vähemmän kokemusta omaavat hoitajat tarvitsevat lisää koulutusta haavanhoidosta.

Mooren ja Pricen (2004, 942–951) tekemän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitajien asenteita ja käyttäytymistä liittyen painehaavojen ehkäisyyn ja hoitajien kokemuksia haasteista painehaavojen ehkäisyssä. Kyselyyn osallistui 300 hoitajaa. Tutkimuksessa havaittiin, että hoitajat suhtautuivat painehaavojen ehkäisyyn positiivisesti. Tuloksista kävi ilmi, että ehkäisyyn liittyvät toimenpiteet olivat kuitenkin huolimattomia, niitä toteutettiin epäsäännöllisesti ja niihin vaikuttivat negatiivisesti hoitohenkilökunnan ajan puute. Näistä haasteista johtuen henkilökunnan positiivinen asenne ei näkynyt hoitotyön laadussa.

Sandellin, Tassian ja Vainikaisen (2013, 12–15) tekemän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajien täydennyskoulutusta ammatillisen osaamisen ylläpitäjänä. Opinnäytetyö oli toteutettu kirjallisuuskatsauksena. Saatujen tulosten mukaan sairaanhoitajat kokevat, että täydennyskoulutus lisää tiedon määrää, ammatillista kasvua ja kehitystä sekä antaa itsevarmuutta. Lisäksi siitä on hyötyä sekä sairaanhoi-

tajalle itselleen että koko työorganisaatiolle. Tuloksista selvisi, että täydennyskoulutuksen haasteena ovat taloudelliset, motivaatioon ja henkilökuntaresursseihin liittyvät seikat.

3 OPINNÄYTETÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida hoitajille suunnatun painehaavojen ehkäisy- ja hoidon koulutusta. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, vastasiko koulutus hoitajien tarpeita ja millaista lisäkoulutuksen tarvetta aiheeseen liittyen vielä on.

Opinnäytetyössä haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla oli saamastaan painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvästä koulutuksesta?
2. Millaista lisäkoulutusta hoitajat toivovat saavansa painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvistä aiheista?

4 OPINNÄYTETÖN TOTEUTUS

4.1 Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Tieto on peräisin suorasta aistihavainnosta ja loogisesta päättelystä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 135) Kvantitatiivinen tutkimus keskittyy tarkastelemaan muuttujien mittaamista, tilastollisten menetelmien käyttöä sekä muuttujien välisiä

yhteyksiä. Tutkimuksessa voi olla muuttujia, jotka ovat riippumattomia eli selittäviä, esimerkiksi vastaajan taustatiedot, kuten ikä, sukupuoli ja koulutus. Muuttujat voivat olla myös riippuvia eli selitettäviä, kuten esimerkiksi vastaajan tyytyväisyys hoitoon tai kokemus hoitomenetelmästä. Muuttujat voivat olla myös väliin tulevia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41.)

Kvantitatiivinen lähestymistapa soveltuu hyvin erilaisiin tutkimusasetelmiin. Kvantitatiivisia tutkimuksia voidaan luokitella, nimetä ja ryhmitellä eri tavoin. Ne voidaan esimerkiksi jakaa kahteen ryhmään kestoensa perusteella, pitkittäis- ja poikittaistutkimuksiin. Suurin osa hoitotieteellisistä tutkimuksista on poikittaistutkimuksia. Poikittaistutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jossa aineisto kerätään vain kerran eikä sen tarkoituksena ole tarkastella samaa ilmiötä ajalliseen etenemiseen suhteutettuna. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.)

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkittavaa kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2008, 157.) Hoitotieteessä kvalitatiivinen tutkimus on vakiintunut erityisesti 1980-luvulta alkaen. Silloin katsottiin kvalitatiivisen tutkimuksen olevan eräänlainen vastakohta määrälliselle, eli kvantitatiiviselle tutkimukselle. Kvalitatiivinen tutkimus kattaa hyvin laajan kirjon erilaisia lähestymistapoja, mutta samalla ne voivat olla myös monin tavoin päällekkäisiä. Tutkimus on nykyisin niin laajalle hajautunutta, että sitä on vaikea hallita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.) Kvalitatiivisen tutkimuksen käyttökohteet ovat useinkin sellaisia tutkimusalueita, joista ei vielä tiedetä paljonkaan. Kvalitatiivista menetelmää voidaan käyttää myös olemassa olevaan tutkimuskohteeseen, kun siihen halutaan saada uusi, erilainen näkökulma. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50.)

Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen lähestymistapa täydentävät toisiaan ja niitä voidaan käyttää tutkimuksessa rinnakkain. (Hirsjärvi ym. 2008, 132–133). Usein kvantitatiivinen tutkimus ei ole pelkästään numeroita vaan sen tuloksia analysoidessa voidaan käyttää myös sanallista tulkintaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa taas tehdään erilaisia kategorioita sekä luokituksia joiden avulla analyysi voidaan suorittaa. Erilaisia tutkimusmenetelmiä voidaan käyttää myös vaihteittain, esimerkiksi niin, että kvalitatiivinen tutkimus on kvantitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana. Näin eri tutki-

musmenetelmät eivät kilpaile keskenään vaan niillä pystytään luomaan triangulaatio eli kumpaakin lähestymistapaa käytetään samassa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 58.)

Opinnäytetyö toteutettiin suurelta osin käyttäen kvantitatiivista menetelmää. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa suurin osa kysymyksistä oli suljettuja kysymyksiä. Kyselylomakkeessa oli kuitenkin myös avoimia kysymyksiä, jotka edustavat kvalitatiivista menetelmää.

4.2 Aineiston kerääminen ja analysointi

Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa itse. Kysely on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä. Survey-kyselyllä tarkoitetaan kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti ja joissa tutkimukseen osallistuvat kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen perusjoukosta. Survey-kyselyn avulla kerätty aineisto käsitellään tavallisesti kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2008, 188–189.)

Yleensä kyselyn etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Tutkimukseen voidaan saada mukaan paljon kohdehenkilöitä ja sillä voidaan kysyä monia asioita. Kyselymenetelmä on melko tehokas, sillä sen avulla tutkija säästää aikaa ja vaivaa. Tällä tavoin kerätyn tiedon käsittelyyn on kehitetty omat analysointitavat, joten tutkijan on helppo käyttää valmista analyysimallia. Kyselytutkimuksen heikkoutena voi olla tulosten tulkinnan ongelmallisuus, aineiston pinnallisuus ja teoreettinen vaatimattomuus. Haastetta tuo myös se, ettei voida olla varmoja kuinka todennukaisesti kohdehenkilö on kyselyyn vastannut ja ovatko kyselylomakkeen kysymykset olleet selkeitä ja ymmärrettäviä vastaajan mielestä. (Hirsjärvi ym. 2008, 190.)

Kysely voidaan toteuttaa posti- ja verkkokyselynä tai kontrolloituna kyselynä. Posti- ja verkkokyselyssä kyselylomake lähetetään tutkittavalle postitse. Postikyselyssä on mukana palautekuori, jossa kyselylomake lähetetään suoraan tutkijalle. Tässä kyse-

lymuodossa suurimpana ongelmana on kato eli vastaamattomuus. Postikysely aiheuttaa myös jonkin verran kuluja. Kontrolloidussa, informoidussa kyselyssä tutkija jakaa kyselylomakkeet henkilökohtaisesti. Kyselyyn osallistuvat henkilöt täyttävät lomakkeen omalla ajallaan ja palauttavat kyselylomakkeen postitse tai ennalta sovitun paikkaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 191–192.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston analysointi on yleensä prosessin haasteellisin osuus, sillä se on usein saanut kritiikkiä analyysin epäselvyydestä ja näkymättömyydestä. Perusanalyysimenetelmä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on sisällön analyysi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131.) Sisällön analyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta asiasta tiivistetty kuvaus, joka liittyy tutkimuksen tulokset laajempaan kokonaisuuteen sekä aihetta koskeviin muihin tuloksiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Sisällön analyysi voi olla joko induktiivinen eli aineistolähtöinen tai deduktiivinen eli teorialähtöinen. Induktiivista lähtökohtaa käytetään usein silloin, kun tutkittavasta asiasta tietoa on vähän tai ei lainkaan. Deduktiivisessa analyysissä käytetään aina jotakin tiettyä teoriaa, mallia tai aikaisempaa teoreettista lähtökohtaa ilmiön määrittämiseksi. Sisällön analyysi aloitetaan luomalla analyysirunko. Prosessi etenee vaiheittain, johon kuuluu ilmausten pelkistäminen, jossa alkuperäiset ilmaukset pelkistetään ja ne ryhmitellään samankaltaisten ilmausten kanssa alakategorioiksi. Seuraavaksi alakategoriat yhdistetään ja niistä syntyy yläkategoria. Lopuksi yläkategorioista muodostetaan pääkategoriat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135–137.)

Opinnäytetyön tutkimuksen aineisto koottiin kyselylomakkeella Satakunnan keskussairaalan eri osastojen hoitajilta. Kyselyssä mukana olleet osastot, joita oli viisi, kuuluvat konservatiivisen hoidon toimialueeseen. Näillä viidellä eri osastolla hoidetaan neurologisia, hematologisia, vatsan- ja suolistonalueen, munuaisten, endokrinologisia ja keuhkojen sairauksia sekä infektioitauteja (Satakunnan sairaanhoito piirin www-sivut 2015). Kyselylomakkeessa oli suljettuja ja avoimia kysymyksiä ja se sisälsi myös saatekirjeen (LIITE 1). Kysely kohdennettiin painehaavojen ehkäisyyn liittyvän koulutuksen saaneille hoitajille. Kyselylomakkeita lähti jakoon 120 kappaletta. Opinnäytetyöntekijä vei kyselylomakkeet ja niille varatun palautuslaatikon henkilökohtaisesti jokaiselle mukana olevalle osastolle sekä piti pienen esittelyn opinnäyte-

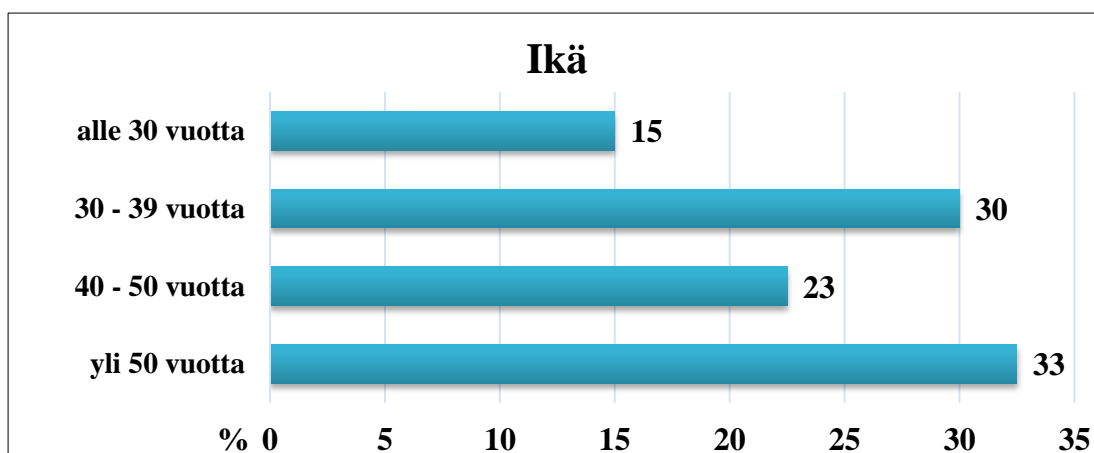
työstä ja kyselylomakkeesta. Lomakkeet ja palautuslaatikko jätettiin joko osaston kahvihuoneeseen tai kansliaan jokaisen saataville. Kyselyyn vastaaminen oli hoitajille vapaaehtoista ja tämä kerrottiin niin esittelyn yhteydessä kuin saatekirjeessäkin. Aineisto kerättiin 05.05.-19.5.2014 eli vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Tämän jälkeen opinnäytetyöntekijä haki jokaiselta osastolta palautuslaatikot ja ylijääneet kyselylomakkeet.

Kyselyn kvantitatiiviset kysymykset analysoitiin käyttäen Tixel-tietokoneohjelmaa. Avoimet kysymykset, jotka työssä edustivat kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, analysoitiin sisällön analyysillä. Ensiksi ilmaukset koottiin yhteen ja niistä muodostettiin pelkistetyt ilmaukset. Sen jälkeen ilmaukset ryhmiteltiin, joista muodostui alakategoriat. Alakategoriat ryhmiteltiin vielä yläkategorioiksi ja lopuksi niistä muodostettiin pääkategoria.

5 TULOKSET

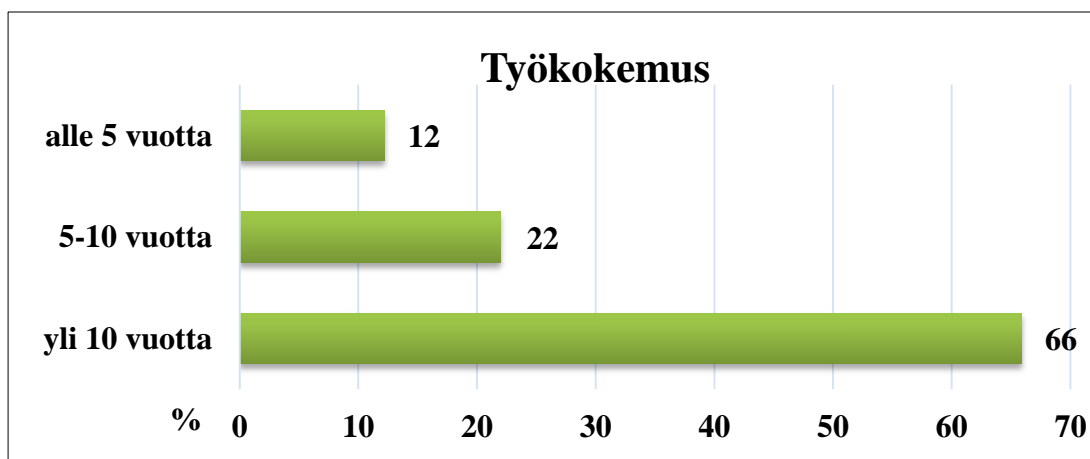
5.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Satakunnan keskussairaalan hoitajia, jotka työskentelevät konservatiivisen toimialueen osastoilla. Kyselyyn vastanneet hoitajat olivat käyneet painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvän koulutuksen. Kyselylomakkeita toimitettiin osastoille yhteensä 120 kappaletta. Vastauksia kyselyyn saatiin 41 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 34 %. Ensimmäiseksi vastaajilta kysyttiin ikää. Suurin osa vastaajista (33 %) oli yli 50 vuotiaita, seuraavaksi suurin ryhmä (30 %) oli 30–39 vuotiaat, 40–50 vuotiaita oli 23 % ja loput vastanneista eli 15 % oli alle 30 vuotiaita. Tähän kysymykseen vastasi 40 henkilöä. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Hoitajien ikäjakauma. (n=40)

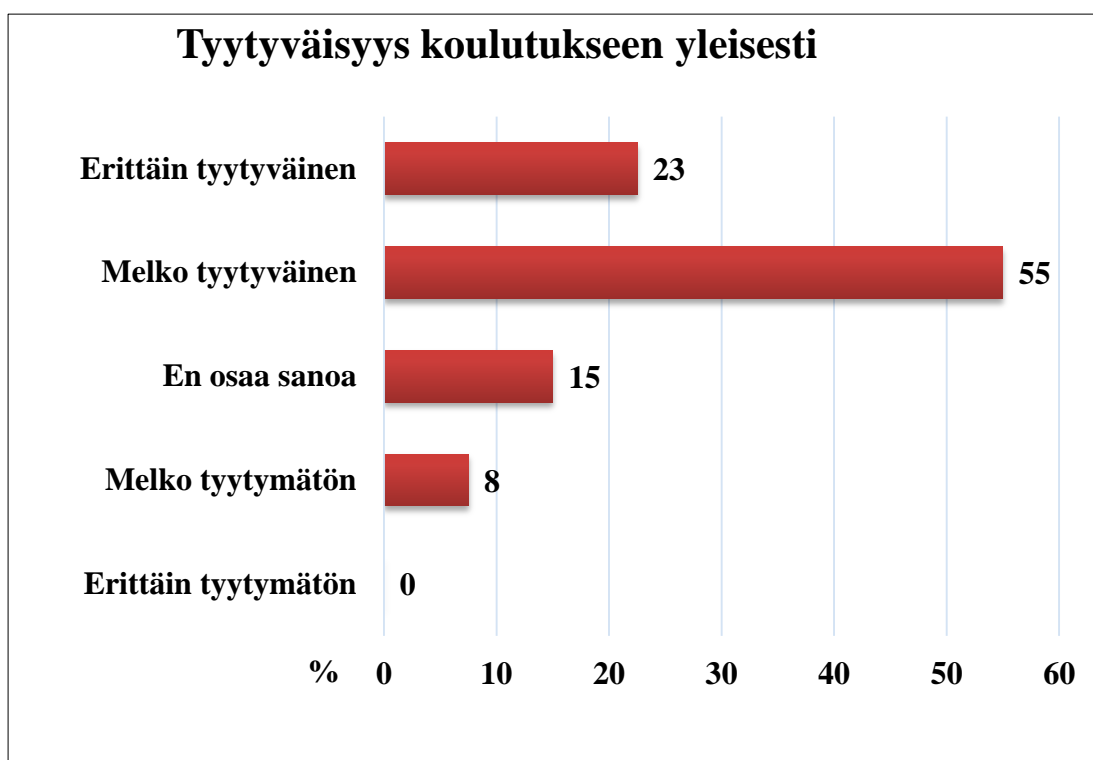
Taustatiedoissa kysyttiin myös työkokemusta vuosissa. Vastauksia oli 41 kappaletta ja vastaukset jakoutuivat niin, että suurimmalla osalla hoitajista (66 %) oli työkokemusta yli 10 vuotta. Seuraavaksi suurimman vastausmäärän sai vaihtoehto, jossa työkokemusta oli 5-10 vuotta. Alle 5 vuoden työkokemuksen omaavia vastaajia oli vähiten, 12 %. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Hoitajien työkokemus. (n=41)

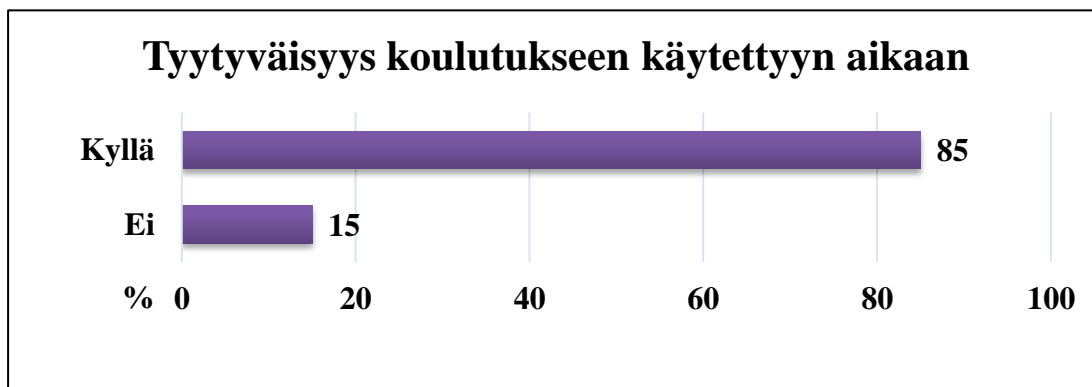
5.2 Hoitajien kokemuksia saamastaan painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvää koulutuksesta

Hoitajilta kysyttiin yleisesti tyytyväisyyttä annettuun koulutukseen. Yli puolet (55 %) vastaajista oli melko tyytyväisiä saamaansa koulutukseen. Erittäin tyytyväisiä oli toiseksi eniten (23 %) ja melko tyytymättömiä oli vastaajista 8 %. Vastaajista 15 % ei osannut sanoa oliko tyytyväinen vai tyytymätön. Kukaan vastaajista ei ollut koulutukseen erittäin tyytymätön. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Hoitajien tyytyväisyys koulutukseen yleisesti. (n= 41)

Kyselylomakkeessa oli kysymys, jossa tiedusteltiin vastaajien tyytyväisyyttä koulutukseen käytettyyn aikaan. Vastaajista 85 % oli tyytyväisiä koulutuksen kestoon. Vastanneista 15 % olisi toivonut koulutuksen kestoksi jotain muuta kuin siihen käytetyn ajan. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Hoitajien tyytyväisyys koulutukseen käytettyyn aikaan. (n=40)

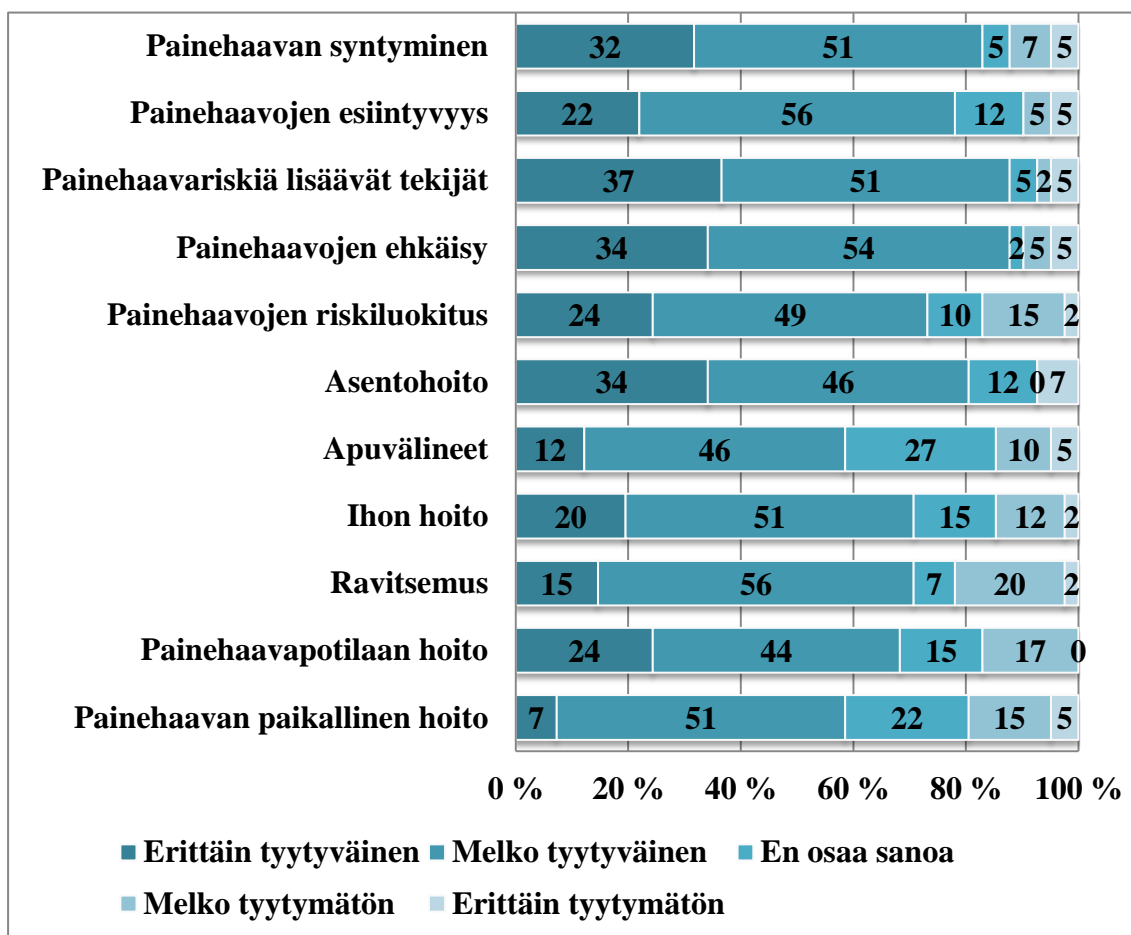
Vastaajat, jotka olivat tyytymättömiä koulutukseen käytettyyn aikaan, ehdottivat koulutuksen kestoksi 2-3 tunnista aina yhteen kokonaiseen päivään asti. Ehdotuksissa oli myös, että koulutusta olisi useampana eri kertana, jotta pääsisi paremmin osallistumaan koulutukseen.

”Kokonainen päivä auditoriossa....”.

”Koulutukselle olisi pitänyt varata oma aika... Os:lta vaikea irtautua kun työt painavat päälle!”

Lisäksi kyselyssä kysyttiin tyytyväisyyttä painehaavojen ehkäisyn ja hoidon koulutuksessa olleisiin, eri osa-alueisiin. Jokainen vastaaja arvioi kaikki osa-alueet erikseen. Painehaavojen syntymisestä kertovaan osioon erittäin tyytyväisiä vastaajista oli 32 % ja melko tyytyväisiä 51 %. Erittäin tyytymättömiä osioon vastaajista oli 5 %. Painehaavojen esiintymisestä kertovaan osioon vastaajista oli erittäin tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä yhteensä 78 %. Erittäin tai melko tyytymättömiä vastaajista oli 10 %. ”En osaa sanoa”- vastauksia oli 12 %. Painehaavojen riskiä lisäävistä tekijöistä esitettyyn osuuteen vastaajista melko tyytyväisiä oli 51 % ja vastaavasti siihen melko tyytymättömiä oli 5 %. Painehaavojen ehkäisyn osuuteen erittäin tyytyväisiä vastaajista oli 34 % ja melko tyytyväisiä 54 %. Riskiluokitus osuuteen vastaajista erittäin tyytyväisiä oli 24 % ja melko tyytyväisiä 49 %. Asentohoidon osuuteen oltiin eniten

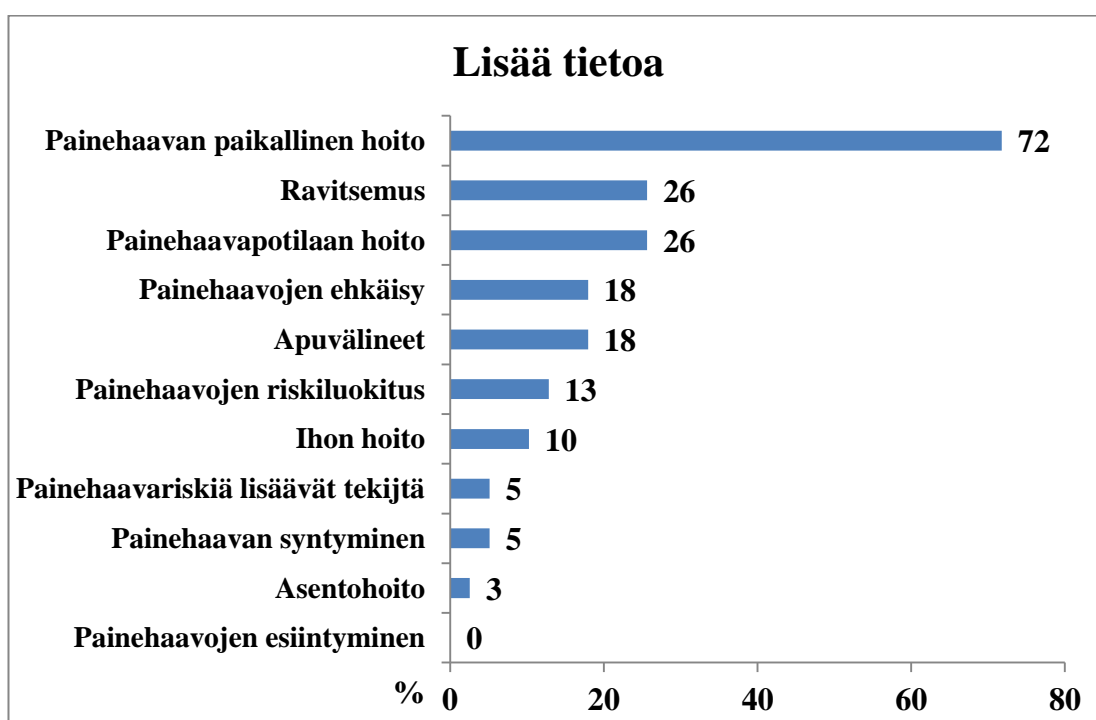
tyytymättömiä kaikista vaihtoehtoista, se sai vastauksia 7 %. Melko tyytyväisiä oli kuitenkin 46 %. Apuvälineiden osio sai eniten ”en osaa sanoa”-vastauksia, mutta erittäin tai melko tyytyväisiä aiheeseen oli yhteensä 58 %. Ihon hoidon osuus keräsi ”melko tyytyväinen”- vastauksia 51 % verran. Ravitsemuksen osuuteen vastaajista oli erittäin tai melko tyytyväisiä yhteensä 71 %, mutta erittäin tai melko tyytymättömiä oli yhteensä 22 %. Painehaavapotilaan hoidosta kertova osuus sai ”melko tyytyväinen”- vastauksia 44 % ja ”melko tyytymätön”- vastauksia 17 %. Painehaavojen paikallishoidosta kertova osuus keräsi yhteensä 58 % ”erittäin tyytyväinen”- tai ”melko tyytyväinen”- vastauksia. Vastaajista 22 % ei osannut sanoa oliko tyytyväinen vai ei. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Hoitajien tyytyväisyys koulutuksen eri osioihin (n=41).

5.3 Hoitajien toiveita lisäkoulutusaiheiksi

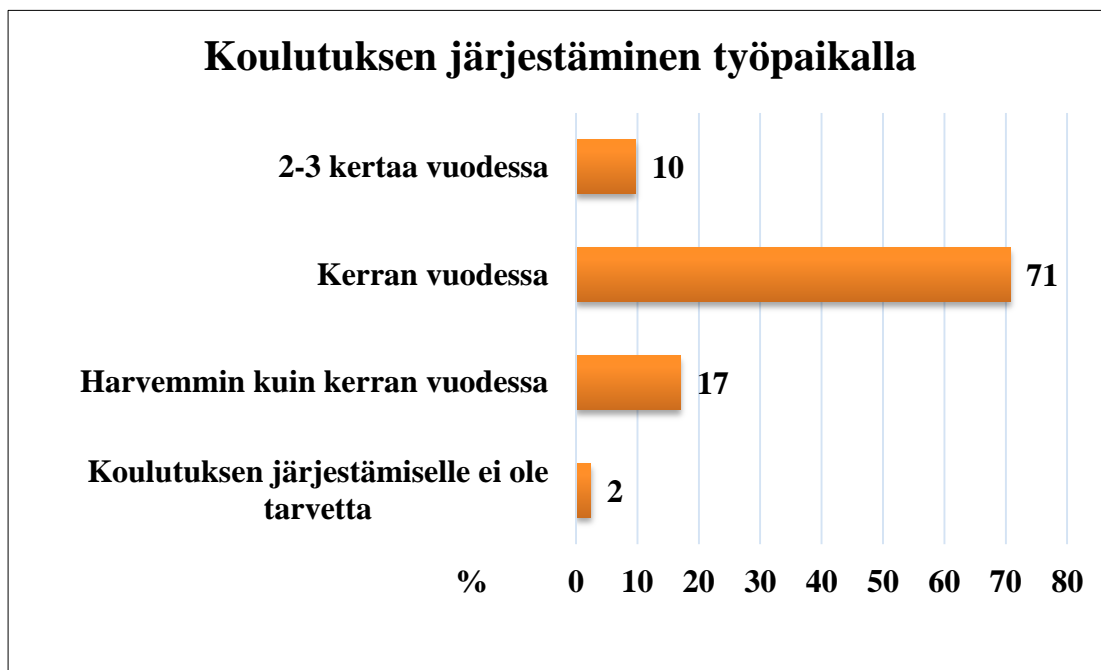
Kyselylomakkeessa oli kysymys, jossa vastaajien tuli ympyröidä kaksi aihetta, josta kaipaavat eniten lisää tietoa. Vastauksia tähän kysymykseen tuli 76 kappaletta, joka tarkoittaa, että muutama vastaajista oli ympyröinyt vain yhden vaihtoehdon ja muutama ei vastannut tähän kysymykseen lainkaan. Vastaajista 72 % oli valinnut lisäkoulutusaiheeksi painehaavan paikallisen hoidon, joten siitä tietoa kaivataan kaikkein eniten. Toiselle sijalle nousivat ravitsemus ja painehaavapotilaan hoito, jotka molemmat saivat kaikista vastauksista 26 %. Kolmannelta paikalta löytyvät osiot painehaavojen ehkäisy ja apuvälineet (18 %). Vähiten vastauksia oli painehaavojen esiintymisen kohdalla, johon vastauksia tuli 0. Toiseksi vähiten tietoa kaivattiin asento- hoidosta, joka sai vastauksista 3 %. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Osa-alueet, joista hoitajat kaipasivat lisää tietoa.

Kyselyssä kysyttiin kuinka usein samankaltaista koulutusta toivottaisiin järjestettävän Satakunnan keskussairaalassa. Eniten (71 %) oli vastauksia, jossa painehaavojen ehkäisy ja hoidon koulutusta toivottiin järjestettävän kerran vuodessa. Se sai vasta-

uksista 71 %. Vastaajista 17 % oli sitä mieltä, että koulutusta voisi järjestää harvemmin kuin kerran vuodessa ja 10 % vastaajista haluisi koulutuksen olevan 2-3 kertaa vuodessa. Vastaajista 2 % katsoi, että koulutuksen järjestämiselle ei ole tarvetta lainkaan. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Hoitajien toiveet koulutuksen järjestämiskertoista. (n=41)

5.4 Hoitajien toiveita koulutukseen liittyen

Eniten toiveita tuli tiedon saantia koskien. Hoitajat toivoivat, että koulutuksia järjestettäisiin säännöllisesti, jotta kaikki pääsisivät osallistumaan. Toivottiin myös, että koulutuksia järjestettäisiin muutamina eri kertoina, jotta niihin pääsee kertaamaan tietojaan ja uudet hoitajat pääsevät perehtymään aiheeseen. Koulutukselle toivottiin myös enemmän aikaa, sillä aihe on todella laaja tai sitä voisi pilkkoa pienempiin osiin.

”Koulutukset tulisi järjestää niin, että mahdollisimman moni niihin pääsisi osallistumaan.”

”Uusien hoitajien koulutus jo perehdytysvaiheessa.”

”Aikaa voisi käyttää enemmän, koska aihe laaja tai pilkkoa sitä osiin.”

Vastauksissa tuli esille myös, että ravitsemuksesta painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa toivottiin enemmän tietoa. Lisää tietoa kaivattiin myös haavanhoitotuotteista.

Monissa vastauksissa esiintyi ennaltaehkäisyyn huomioiminen. Vastaajien mielestä osastojen käyttöön pitäisi saada enemmän erikoispatjoja ja niiden saatavuutta tulisi helpottaa, koska patjat ovat hyviä välineitä ennaltaehkäisyssä. Muutamissa vastauksissa ehdotettiin, että osastoille saataisiin konkreettiset toimintaohjeet painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että painehaavojen riskitekijöitä tulisi huomioida paremmin ja, että jokaisen hoitajan tulisi tunnistaa erilaisia painehaavojen riskitekijöitä. Hoitajien mielestä haastetta painehaavojen hoitoon tuo usein vaihtuvat haavanhoitotuotteet ja hoitokäytännöt.

”...erikoispatjojen saatavuus helpommaksi.”

”...tulisi käytännön ohjeet miten toimitaan joka osastolla painehaavaumien ehkäisemiseksi.”

”Miten toimia ennaltaehkäisevästi – konkreettisia ohjeita.”

”Potilaan siirroissa voi tulla haavaumia..., jotka ovat myöhemmin alkua painehaavoille.”

”Tulisi paremmin huomioida mahdolliset sisältäpäin syntyvät painehaavat.”

Osiossa, jossa hoitajat saivat sanoa ja kommentoida jotakin muuta asiaan liittyen, esiin nousi vahvasti koulutus ja sen laatu. Koulutus koettiin hyväksi ja tarpeelliseksi sekä aihe tärkeäksi. Oltiin sitä mieltä, että painehaavoista puhutaan liian vähän, joten asia on tärkeää ottaa esille aina välillä.

”Koulutus sinänsä hyvä ja kattava sekä tarpeellinen.”

”Koulutus on hyvä asia.”

Vastauksissa tuli myös ilmi, että hoitajien tulisi osata huomioida riskit. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä riskien arvioiminen olisi erittäin tärkeää, sillä tavoitteena on, ettei painehaavoja syntyisi potilaille lainkaan.

Vastaajien mielestä haavojen hoitaminen on usein melko vaativaa, koska niitä esiin-
tyy vähän. Tietoa haluttaisiin enemmän siitä, kuinka painehaavoja hoidetaan ja mitä
hoitotuotteita tulisi käyttää. Lisäksi pohdittiin, että vaikuttavatko sänkyjen petaamis-
käytännöt painehaavojen syntymiseen.

*”Painehaavoja ei... os:lla juurikaan esiinny, joten niitä ei osata hoi-
taa!”*

Joissakin vastauksissa kerrottiin, että Braden-luokituksen tekeminen on turhaa, han-
kalaa ja aikaa vievää. Kerrottiin, että riskin pystyy näkemään ilman luokituksenkin
tekemistä ja riskien huomioiminen pitäisi olla kaikille itsestään selvää, sillä se on osa
hoitotyötä. Mainittiin myös, että koulutus kuuluu erityisesti jatkohoitopaikkoihin,
jossa potilas on pidempiä aikoja, sillä erikoissairaanhoidossa ollaan yleensä vain
muutamia päiviä.

*”Luokitus on turha, koska asia on itsestäänselvyys ja kuuluu hoitotyön
osaamiseen.”*

*”Braden luokitus ja sen tekeminen... ei toimi. Suurentuneen riskin nä-
kee ilman Bradeniakin.”*

”Bradenin mittaaminen koettu hankalaksi, aikaa vievää.”

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö ohjaa opinnäytetyön eettisyyttä. Opinnäytetyössä noudatetaan eettisiä toimintatapoja, joihin kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksessa, tulosten talletuksessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen tulosten arvioinnissa ja analysoinnissa. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan [www-sivut](#).)

Hyvän tieteellisen tutkimuksen lähtökohtia ovat muun muassa seuraavat asiat. Tutkimuksessa sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia sekä eettisesti hyviä menetelmiä, tutkija ottaa työssä huomioon muiden tekemät työt asianmukaisella tavalla ja kunnioituksella sekä viittaa julkaisuihin asiallisesti. Lähtökohtiin kuuluu myös, että tutkimus suunnitellaan, arvioidaan sekä raportoidaan asianmukaisesti, tutkimukselle on hankittu tarvittavat tutkimusluvut ja ennen tutkimuksen aloittamista työryhmän on sovittava ja selvitettävä kunkin osapuolen vastuut ja velvollisuudet. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan [www-sivut](#).)

Opinnäytetyö suunniteltiin ja valmisteltiin asianmukaisesti ennen varsinaisen tutkimusosuuden alkamista. Opinnäytetyön toteuttamiselle myönnettiin lupa Satakunnan sairaanhoitopiirin käytännön mukaisesti. Lisäksi tehtiin kirjalliset sopimukset Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa. Tähän opinnäytetyöhön liittyvään kyselyyn vastattiin nimettömästi, jolloin vastaajan henkilöllisyys ei tullut missään tutkimuksen vaiheessa ilmi. Tutkimuksen kohderyhmään kuuluvia hoitajia informoitiin huolellisesti siitä, että kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi, jolloin erillistä lupaa vastaajilta ei pyydetty. Kerätty aineisto säilytettiin asianmukaisesti, niin ettei se joutunut ulkopuolisten käsiin. Opinnäytetyön valmistuttua työssä käytetty kyselyn aineisto hävitettiin asianmukaisella tavalla.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida sen validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti viittaa siihen, onko tehdyssä tutkimuksessa mitattu ja tutkittu juuri sitä asiaa, jota oli tarkoitus tutkia. Reliabiliteetilla taas viitataan siihen,

ovatko tutkimuksen tulokset pysyviä. Sillä tarkoitetaan mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tutkimustuloksia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, sen asetelmaan, otoksen valintaan, tutkimuksen analysointiin ja sen tulkintaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152, 166.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen voi vaikuttaa se, ettei tekijällä ole aikaisempaa kokemusta tämänkaltaisesta tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä. Lisäksi opinnäytetyön on tehnyt yksi opiskelija, jolloin voi käydä niin, että niin sanotusti sokeutuu omalle työlleen. Työn luotettavuutta kuitenkin lisää se, että tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen suunnitteluun opinnäytetyöntekijä sai apua asiantuntijoilta. Kyselylomakkeen tarkistivat Satakunnan keskussairaalan yhteyshenkilö ja opinnäytetyön ohjannut opettaja. Lisäksi kyselylomake esiteltiin ennen varsinaista tutkimusta, jolloin se lisää omalta osaltaan luotettavuutta. Kyselylomakkeen esiteltiin viisi sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät Satakunnan keskussairaalan kirurgisella osastolla. Nämä hoitajat olivat myös käyneet painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvän koulutuksen. Esitelluksen jälkeen lomaketta muokattiin selkeämmäksi. Työn tulossuudessa on nähtävissä autenttisia lainauksia, jotka on otettu kyselylomakkeista. Tämä osaltaan lisää työn luotettavuutta.

6.2 Tulosten tarkastelu ja yhteenveto

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida hoitajille suunnatun painehaavojen ehkäisyyn ja hoidon koulutusta. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, vastasiko koulutus hoitajien tarpeita ja millaista lisäkoulutuksen tarvetta aiheeseen liittyen vielä on. Opinnäytetyön tutkimukseen osallistui 41 sairaan- tai lähihoitajaa, jotka työskentelivät Satakunnan keskussairaalan konservatiivisen toimialueen vuodeosastoilla. Vastausprosentiksi muodostui 34 %.

Yleisesti ottaen koulutukseen oltiin melko tyytyväisiä. Tuloksista nousi selvästi esille se, että koulutus on tarpeellista, sillä aihe on tärkeä ja hyvin laaja. Tulosten perusteella koulutusta toivottiin enemmän, jotta siihen pääsisi osallistumaan hoitajista mahdollisimman moni. Koulutuksen haasteena oli siihen käytetty aika ja, että se järjestet-

tiin muiden töiden ohessa. Koulutusta kuitenkin toivottiin järjestettäväksi säännöllisesti. Tuloksissa esiintyi samankaltaisuuksia Sandellin ym. (2013, 12–15.) tekemän opinnäytetyön kanssa. Tuloksissa todettiin, että täydennyskoulutus lisää tiedon määrää ja ammatillista kehitystä. Haasteena ovat muun muassa henkilökuntaresurssit.

Mooren ja Pricen (2004) tekemässä tutkimuksessa käy ilmi, että hoitajat suhtautuvat positiivisesti painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Sen sijaan ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä hoidettiin huolimattomasti ajan puutteen vuoksi. (Moore & Price 2004, 942–951.) Hieman samaan suuntaan olevia tuloksia tuli tässä opinnäytetyössä ilmi. Hoitajat pitävät painehaavojen ennaltaehkäisyä hyvin tärkeänä asiana. Yksi merkittävimmistä ennaltaehkäisyyn liittyvistä tekijöistä, joka nostettiin esille, oli erikoispatjojen saatavuus potilaiden käyttöön. Hoitajien mielestäni niitä pitäisi osastoilla olla paljon enemmän.

Osa vastaajista koki, että Braden-luokituksen tekeminen painehaavariskin kartoittamiseksi on hankalaa ja se vie paljon aikaa muusta hoitotyöstä. Todettiin myös, että sen tekeminen on turhaa, koska riskejä voi arvioida ilman sitäkin. Yksi mielenkiintoisimmista vastauksista oli sellainen, jossa kerrottiin, etteivät painehaavat ole vastaajan osastolla ongelma, koska niitä ei siellä synny. Vastattiin myös, että tämän tyyppinen koulutus kuuluu ennemminkin jatkohoitopaikkoihin, koska siellä potilaat ovat pidemmän ajan. Tämä on mielenkiintoista siksi, että jokaisen hoitajan tulee ymmärtää ja tietää miten painehaava syntyy ja kuinka nopeasti vaurioita voi syntyä.

Yhteenvedon voidaan todeta, että hoitajat olivat koulutukseen melko tyytyväisiä. He toivoivatkin, että sitä järjestettäisiin säännöllisesti. Koulutus saisi mieluiten olla erillinen tilaisuus, koska muiden töiden ohella järjestettynä siihen on vaikea osallistua. Eniten tietoa kaivattaisiin painehaavojen paikallisesta hoidosta. Tietoa haluttiin siitä miten haavoja hoidetaan ja mitä haavanhoitotuotteita tulisi missäkin tilanteessa käyttää. Lisää oppia tarvitaan siihen kuinka ravitsemuksella voidaan vaikuttaa painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Lisäksi toivottiin selkeitä toimintaohjeita painehaavojen ehkäisemiseksi. Tietoa haluttiin lisää myös kuinka painehaavapotilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti.

6.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkotutkimuskysymykset

Opinnäytetyö on osa opiskelijan kasvua tulevaan ammattiin. Työn on tarkoitus kehittää yhteistyökykyä, suunnitelmallisuutta, ajan hallintaa, tiedonhakutaitoja, kriittisyyttä sekä arviointikykyä ja suullisia sekä kielellisiä taitoja. (Satakunnan ammattikorkeakoulun [www-sivu](#).)

Aihe on erittäin tärkeä ja ajankohtainenkin, sillä painehaavojen ehkäisyyn on alettu viime vuosien aikana kiinnittää enemmän huomiota. Vaikka ennaltaehkäisy ja riskien tunnistaminen onkin osa hoitotyötä ja jokaisen hoitajan tulisi asiat osata, ei tietoa ja oppia voi koskaan olla liikaa. Sosiaali- ja terveysalalla täydennyskoulutus on jokaisen velvollisuus, sillä alalla tietoa tulee jatkuvasti lisää ja hoitomenetelmät kehittyvät. Hoitohenkilökunnan tulee tarjota laadukasta hoitoa ja ajan tasalla olevaa tietoa potilailleen.

Opinnäytetyö oli pitkä prosessi, joka vaati ja myös opetti kärsivällisyyttä. Työtä tehdessä oppi todella paljon uusia asioita ja oli mahdollisuus perehtyä kiinnostavaan aiheeseen syvällisemmin. Lähteiden hakemiseen ja niiden kriittiseen arvioimiseen kuului kirjoittamisen lisäksi eniten aikaa. Kyselylomakkeen tekeminen ja tulosten analysointi oli opettavaista, koska aiempaa kokemusta ei ollut. Myös sisällön analyysin tekeminen oli haastavaa, mutta mielenkiintoista. Tulosten tarkastelu ja vastausten lukeminen olikin työn mielenkiintoisin osuus. Työn tekemistä helpotti asiantuntijoilta saatu apu ja yhteistyön sujuvuus yhteistyökumppanin kanssa.

Jatkotutkimuksina voisi tehdä samankaltaisen tutkimuksen esimerkiksi Satakunnan keskussairaalassa operatiivisen toimialueen osastoille. Tutkimusta voisi myös kehittää niin, että sen avulla voisi selvittää millaista koulutusta painehaavoihin liittyen kaivattaisiin niin sanotuissa jatkohoitoapaikoissa, kuten esimerkiksi terveyskeskuksissa, palvelutaloissa ja vanhainkodeissa. Lisäksi voisi myös tarkemmin tutkia sitä millainen on hyvä ja laadukas täydennyskoulutus.

LÄHTEET

Ammattinetin www-sivut. Viitattu 19.1.2015.

http://www.ammattinetti.fi/ammattinetti/amatit/detail/15/3/217_ammatti

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. 11. uud. painos. Helsinki: WSOY.

Ayello, E., Baranoski, S. & Salati, D. 2005. A survey on nurses' wound care knowledge. *Advances in skin & wound care* 5.

Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston www-sivut. Viitattu 9.1.2014.

http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Finnish.pdf

Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2012. Painehaava. Teoksessa H. Hietanen & V. Juutilainen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008 *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen P. 2001. *Hoitamisen taito*. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen*. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. *Hoida ja kirjaa*. 1.-4. painos. Helsinki: Tammi.

Joanna Briggs Institute. 2008. Painehaavat – Paineesta aiheutuvien kudosaivurioiden ehkäisy. *Best Practice* 12(2). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Berg, L., Mäntytvaara, P., Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen, T. Viitattu 2.12.2014.

http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2008-2_1.pdf

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Koivunen, M. 2013. *Kehittämisylihoitaja*. Satakunnan keskussairaala. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto. 18.12.2013.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. *Kuntoutuksella toimintakykyä*. 5. uud. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Käypä hoidon www-sivut 2014. Käypä hoito- suositus: Krooninen alaraajahaava. Viitattu 22.1.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=2580B859D5903667F76275D53F3614C3?id=hoi50058#s8>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. 28.6.1994/559

Lehtovaara, M. 2011. Hivenaineet ja kivennäisaineet. Viitattu 10.1.2015.
<http://www.yliopistonapteekki.fi/fi/apteekkipalvelut/laakejaterveystieto/farmaseuttineuvoo/Pages/Hivenaineetjakivennaisaineet.aspx>

Lehtovaara, M. 2015. Tarvitsetko lisää vitamiineja? Viitattu 10.1.2015.
<http://www.yliopistonapteekki.fi/fi/apteekkipalvelut/tuotteet/pages/productmaincategory.aspx?catalog=yasalescatalog&category=vitamiinithivenaineetjalisaravinteet%28yasalescatalog%29&producttype=0>

Lumio, J. 2012. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.11.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313

Luotola, E. 2013a. Painehaavojen ehkäisyn ja hoidon kehittäminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulun terveysosaamisalueen opinnäytetyön infotilaisuudessa. 14.12.2013.

Luotola, E. 2013b. Painehaavojen ehkäisy ja hoito. Koulutus Satakunnan keskussairaalassa 2013.

Moberg, T. 2005. Painehaava syntyy jo muutamassa tunnissa. Turun Sanomat. 14.11.2005. Terveys. Viitattu 2.12.2014.
<http://www.ts.fi/teemat/terveys/1074081749/Painehaava+syntyy+jo+muutamassa+tunnissa>

Moore, Z. & Price, P. 2004. Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. Journal on clinical nursing 13.

Opintoluotsin www-sivut. Viitattu 4.2.2014. http://www.opintoluotsi.fi/fi-FI/koulutusalat_ja_ammattit/opetusohjelma.aspx?StudyProgrammeId=84ad5b88-6fd4-4df4-a024-e138266d4b8d

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 26.1.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Satakunnan ammattikorkeakoulu www-sivut. Viitattu 9.2.2015.
<https://www.samk.fi/prime101/prime111/prime230/prime101.aspx>

Suomen sairaanhoitajaliiton www-sivut. Viitattu 15.1.2015.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajaneettiset-ohjeet/>

Sandell, P., Tassia, M. & Vainikainen, J. 2013. Täydennyskoulutus sairaanhoitajien osaamisen ylläpitäjänä. AMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 28.1.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201404285101>

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 26.1.2015.
<http://www.satshp.fi/toimipaikat/Sivut/default.aspx>

Soppi, E 2014. Painehaavojen ehkäisyyn pitää panostaa. Potilaan lääkirilehti. Viitattu 27.11.2014. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/painehaavojen-ehkaisyyn-pitaa-panostaa/#.VHXfPousXD8>

Soppi, E. 2010. Painehaava- esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 4, 261–268. Viitattu. 12.2.2014.
<http://www.duodecimlehti.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta. 2003. 1194/2003.

Suomen Haavanhoitoyhdistyksen www-sivut. 2011a. Painehaavahelpperi. Viitattu 20.1.2015.
http://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/painehaavahelpperi_a5_pysty.pdf

Suomen Haavanhoitoyhdistyksen www-sivut. 2011b. Avoimen haava VPKM- väri- luokitus helpperi. Viitattu 22.1.2015.
http://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Superin www-sivut. Viitattu 15.1.2015.
http://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/9938_super_lahihoitajan_eettiset_ohjeet2013.pdf

Suomen verisuonikirurgisen yhdistyksen www-sivut. 2015. Painehaava. Viitattu 22.1.2015. <http://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/painehaava/>

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut. Viitattu 12.2.2014.
<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan www-sivut. Viitattu 10.1.2015.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuosituks/suomalaiset+ravitsemussuosituks/>

Wilbourn, D., Halfens, R. & Dassen, T. 2009. Evidence-based education and nursing pressure ulcer prevention textbooks: does it match? Worldviews on evidence-based nursing 3.

Zulkowski, K., Ayello, E. & Wexler, S. 2007. Certification and education: do they affect pressure ulcer knowledge in nursing? Advances in skin & wound care 1.

LIITE 1

ARVOISA HOITOTYÖN AMMATILAINEN!

Opiskelen sairaanhoitajaksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa, Tiilimäen kampuksella. Olen opinnoissani nyt sellaisessa vaiheessa, että on aika tehdä opinnäytetyö. Opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida hoitajille suunnatun painehaavojen ehkäisy- ja hoidon koulutusta. Tavoitteena on saada tietoa siitä, vastasiko koulutuksen sisältö ja toteutus hoitajien tarpeita ja millaista lisäkoulutuksen tarvetta aiheeseen liittyen vielä on. Tutkimuksella saatuja tuloksia voidaan hyödyntää myöhemmin koulutuksien suunnittelussa.

Tämän opinnäytetyön kysely on kohdennettu Satakunnan keskussairaalan vuodeosastojen hoitajille, jotka ovat olleet mukana painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvässä koulutuksessa.

Tähän kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi, eli Teidän henkilötietonne eivät tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Vastausaikaa kyselyyn on kaksi viikkoa, 05.05.-19.5.2014. Vastattuasi kyselyyn palauta kyselylomake niille varattuun palautuslaatikkoon.

Mikäli Teille tulee kysymyksiä kyselyyn tai opinnäytetyöhön liittyen, olen tavoitettavissa sähköpostitse.

Yhteistyöterveisin,

Sairaanhoitajaopiskelija

Niina Koskinen

niina.kr.koskinen@student.samk.fi.

KYSELYLOMAKE

Ohjeet kyselylomakkeen täyttämiseksi

Kyselyyn vastataan ympyröimällä yksi (1) itselle parhaiten sopiva vastausvaihtoehto. Avoimiin kysymyksiin voit vastata niille varattuun tilaan ja tarvittaessa voit jatkaa vastaustasi kyselylomakkeen kääntöpuolelle. Osassa kysymyksistä on erillinen vastaamisohje. Ympyröi vastausvaihtoehto selkeästi lomakkeen analysoinnin helpottamiseksi.

1. Mikä on ikäsi?

1. alle 30 vuotta
2. 30–39 vuotta
3. 40–50 vuotta
4. yli 50 vuotta

2. Mikä on työkokemuksesi hoitotyössä?

1. alle 5 vuotta
2. 5-10 vuotta
3. yli 10 vuotta

3. Kuinka tyytyväinen olet saamaasi painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvään koulutukseen?

1. Erittäin tyytyväinen
2. Melko tyytyväinen
3. En osaa sanoa
4. Melko tyytymätön
5. Erittäin tyytymätön

4A. Oliko koulutukseen käytetty aika riittävä?

1. Kyllä
2. Ei

4B. Jos vastasit edelliseen kysymykseen EI, mikä olisi mielestäsi riittävä aika koulutukseen?

5. Kuinka tyytyväinen olet saamaasi tietoon, jonka sait painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvässä koulutuksessa? Arvioi jokainen alla olevan taulukon aihealue laittamalla rasti numeron kohdalle.

Numeroiden selitykset: 1=Erittäin tyytyväinen, 2= Melko tyytyväinen, 3= En osaa sanoa, 4= Melko tyytymätön, 5= Erittäin tyytymätön		1	2	3	4	5
1.	Painehaavan syntyminen					
2.	Painehaavojen esiintyvyys					
3.	Painehaavariskiä lisäävät tekijät					
4.	Painehaavojen ehkäisy					
5.	Painehaavojen riskiluokitus					
6.	Asentohoito					
7.	Apuvälineet (esimerkiksi: tukityyny, erikoispatjat)					
8.	Ihon hoito					
9.	Ravitsemus					
10.	Painehaavapotilaan hoito					
11.	Painehaavan paikallinen hoito					

6. Mistä aiheista koet tarvitsevasi vielä lisää tietoa?

Ympyröi alla olevista aiheista kaksi (2) tärkeintä.

1.	Painehaavan syntyminen
2.	Painehaavojen esiintyvyys
3.	Painehaavariskiä lisäävät tekijät
4.	Painehaavojen ehkäisy
5.	Painehaavojen riskiluokitus
6.	Asentohoito
7.	Apuvälineet (esimerkiksi: tukityyny, erikoispatjat)
8.	Ihon hoito
9.	Ravitsemus
10.	Painehaavapotilaan hoito
11.	Painehaavan paikallinen hoito

7. Kuinka usein painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvää koulutusta tulisi mielestäsi järjestää Satakunnan keskussairaalassa?

1. 2-3 kertaa vuodessa
2. Kerran vuodessa
3. Harvemmin kuin kerran vuodessa
4. Koulutuksen järjestämiselle ei ole tarvetta

8. Millaisia ehdotuksia/toiveita sinulla on koulutukseen liittyen?

9. Mitä muuta haluat sanoa asiaan liittyen?

KIITOS VASTAUKSISTASI!